



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Pernille Nymoen Nordstrøm og Emilie Schøyen Holm

Veileder: Randi Løviknes

”Jeg har ikke følt meg glad på mange år, da...”*

“There’s been years since the last time I felt
happy...”

Antall ord: 12 708

Bachelor i sykepleie, kull 124

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

«Det var kroppen som styrte livet mitt, det var ikke meg selv. Samme hva jeg ville, samme hva hjernen min bestemte seg for, så kunne ikke jeg det på grunn av at kroppen ville noe annet.» (K.T)

Sitert Heggdal (2008)

*Sitat fra pasient i dialysebehandling.

Sammendrag

Tittel:	«Jeg har ikke følt meg glad på mange år, da...» «There's been years since the last time I felt happy...»
Problemstilling:	«Hvordan veilede og motivere dialysepasienten til å utnytte sine ressurser ved hjelp av motiverende samtale?»
Veileder:	Randi Løviknes
Antall sider/ord: 53/12708	Antall vedlegg: 2

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Introduksjon: Nyresvikt er et økende helseproblem blant befolkningen. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss kunnskap om hvordan sykepleier kan motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt til å utnytte sine ressurser, gjennom tilnærmingsmåten motiverende samtale.

Hensikt: Hensikten med bacheloroppgaven er å vise kunnskap om forskning og utviklingsarbeid i sykepleien, samt kombinere faglig kunnskap og relevante resultater fra forskning og utviklingsarbeid. Vi vil vise faglig og vitenskapelig refleksjon, og vurdere valg av litteratur på en selvstendig måte.

Metode: Dette er et litteraturstudie som er basert på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, samt syv forskningsartikler. Vi har benyttet en norsk artikkel, og seks engelskspråklige.

Resultat/Konklusjon: For å kunne utøve helhetlig sykepleie må sykepleier respektere og se mennesket bak den kroniske sykdommen. Dette for å skape en god relasjon til pasienten, slik at vedkommende føler at sin verdighet og integritet blir ivaretatt. Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å bevare håp, dette kan bidra til at pasienter kan mestre sykdom og lidelse på en bedre måte. Motiverende samtale er en god tilnærmingstype i møte med en svært syk pasient med alvorlig kronisk nyresvikt, da samtalen bidrar til å styrke pasientens mestring og troen på seg selv, og vedkommende selv kan bidra til forandring i eget liv. Det kan være utfordrende for pasienter som er rammet av kronisk sykdom å opprettholde sine sosiale behov, sykepleier kan gjennom motiverende samtale motivere og veilede pasienten til å kunne leve best mulig med alvorlig kronisk nyresvikt.

Innhold

Forord

Sammendrag

1.0 Innledning	6
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Hensikt	7
1.3 Problemstilling	7
1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven	7
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudie	8
2.2 Litteratursøk	9
2.3 Presentasjon av forskningsartikler	10
2.4 Kildekritikk	13
2.5 Etske overveielser	14
3.0 Teoridel	15
3.1 Joyce Travelbee`s sykepleietenkning	15
3.1.1 Menneske-til-menneske forhold	15
3.1.2 Kommunikasjon	17
3.1.3 Menneskesyn og lidelse	18
3.1.4 Håp	18
3.1.5 Etik i sykepleien	18
3.2 Kronisk nyresvikt	19
3.2.1 Kronisk sykdom	19
3.2.2 Å leve med kronisk sykdom	19
3.2.3 Hva er kronisk nyresvikt?	19
3.2.4 Hemodialyse	21

3.3 Sykepleierens funksjon.....	22
3.3.1 Kommunikasjon i sykepleie.....	23
3.3.2 Sosial kontakt.....	23
3.3.3 Sosial isolasjon.....	24
3.3.4 Motivasjon og veiledning	24
3.4 Motiverende samtale	25
3.4.1 Hvorfor virker motiverende samtale?	26
3.4.2 Brukermedvirkning	27
3.4.3 Empowerment	27
3.4.4 Ressurser – en forutsetning for mestring	28
4.0 Drøfting	29
4.1 Hvordan kan sykepleier møte pasienten i det innledende møte?.....	29
4.2 Hvordan kan sykepleier bevare håp hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt?.....	31
4.3 Hvordan kan sykepleier motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt til å bruke de ressursene han/hun har, gjennom tilnæringsmåten motiverende samtale?	33
4.4 Hvordan kan sykepleier motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt, slik at han/hun opprettholder sine sosiale behov?	38
5.0 Konklusjon.....	42
6.0 Litteratur.....	44
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt temaet sykepleie til pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt som har behov for hemodialyse. I følge Helsedirektoratet (2011) er kronisk nyresvikt et økende problem i befolkningen, og det blir rangert som et av verdens største folkehelseproblemer (Gulbrandsen, 2011). Vi har valgt dette temaet ut i fra at vi har erfaring fra tidligere sykehuspraksis, hvor vi møtte pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt som hadde behov for hemodialyse flere ganger i uken. Vi erfarte at alvorlig kronisk nyresvikt, samt mange timer i dialysebehandling per uke førte til at mange av pasientene hadde lite motivasjon til å utnytte sine ressurser.

Som studenter opplevde vi dette som en tidskrevende behandling som krevde mye energi fra pasientene, slik at det kunne være vanskelig å opprettholde en normal hverdag. Pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt er svært syke, dette gjør at det blir mange faglige utfordringer for sykepleieren. Det at vi i praksis møtte flere pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt gjorde sterkt inntrykk på oss som sykepleierstudenter. I følge Helsedirektoratet (2011) vil antall pasienter med kronisk nyresykdom øke med mellom 5 % til 15 % per år i årene fremover. Ut i fra dette vil sykepleiere kunne møte pasienter med nyresvikt både på sykehjem, i hjemmesykepleien, på sykehus og i psykiatrien i fremtiden.

Tall fra Helsedirektoratet (2011) anslår at omtrent 10 % i den voksne befolkningen har kronisk nyresykdom. Vi har derfor valgt å vinkle oppgaven vår inn på pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt som har behov for hemodialyse, og hvordan pasientene kan opprettholde sine sosiale behov, samt håp og mestring ved kronisk sykdom, gjennom tilnærmingsmåten motiverende samtale. Ut i fra tidligere erfaringer mener vi det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om hvordan det er å leve med nyresvikt og dialysebehandling, samt å forstå hvilke konsekvenser dette kan ha for pasientens hverdag. Kunnskap om hvordan en kan motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt tenker vi er viktig for at sykepleieren kan utøve best mulig sykepleie for denne pasientgruppen.

1.2 Hensikt

I denne bacheloroppgaven i sykepleie ønsker vi å finne ut om motiverende samtale kan bidra til å motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt til en bedre og mer meningsfull hverdag. Dette ved å styrke pasientens motivasjon, mestring og håp, samt veilede pasienten til å utnytte egne ressurser.

Vi tror at denne oppgaven vil kunne gi oss kunnskaper som kan være med på å styrke vår profesjonalitet og kvalitet som fremtidige sykepleiere.

1.3 Problemstilling

Ut i fra tema alvorlig kronisk nyresvikt og hemodialyse har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan veilede og motivere dialysepasienten til å utnytte sine ressurser ved hjelp av motiverende samtale?»

1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven

Sykepleie til pasienter med kronisk nyresvikt er et svært omfattende tema. Vi ønsker å konsentrere oss om sykepleierens ansvar i forhold til hvordan vi kan motivere og veilede dialysepasienten til en bedre hverdag. I oppgaven vil vi ha fokus på tilnærmingsmåten motiverende samtale, samt håp og mestring. Vi vil legge vekt på hvordan pasienten kan utnytte både sine indre og ytre ressurser. Indre ressurser blir definert som evner, livserfaringer, kognitive ferdigheter, samt ytre ressurser som kan være familie, sosialt nettverk og arbeid (Reitan, 2008). Vi velger å avgrense oppgaven til veiledning til pasienter i voksen alder, over 25 år, med alvorlig kronisk nyresvikt stadium 5, som vil si terminal nyresvikt.

2.0 Metode

Bacheloroppgaven er en fordypningsoppgave som er basert på litteratur, samt erfaringer fra praksis. Gjennom oppgaven vil vi beskrive søk i litteraturen, formulere problemstilling, velge ut data, analyse, og presentasjon av funn og drøfting.

Vilhelm Aubert definerer metode i Dalland (2012) som:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, s. 83, 2012).

Metode defineres som en måte å gå frem på for å innhente og etterprøve kunnskap. Metoden brukes som et verktøy til å finne frem til det vi ønsker å undersøke. Her vil metoden hjelpe oss til å samle inn informasjon og data vi trenger til oppgaven, samtidig som det vil belyse problemstillingen vår på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i, og problemstillingen drøftes i forhold til (Dalland, 2012). Ved å benytte litteraturstudie svarer vi på oppgaven ved å anvende pensum, lærebøker, forskningsartikler, 400 sider selvvalgt litteratur og egne erfaringer fra praksis. For å svare på oppgaven på en sikker og faglig måte anvender vi kildekritikk (Dalland, 2012).

I et litteraturstudie kan det benyttes forskning som er hentet frem ved hjelp av kvalitative og kvantitative studier. Ved bruk av kvantitative studier benytter man søk etter data som er målbar. Kvantifisere betyr å tallfeste, eksempel på dette kan være statistikk. Dette vil gi færre detaljer enn ved bruk av kvalitativ metode (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Når man benytter kvalitativ metode går man mer i dybden ved å tilegne seg opplevelser og meninger. Et eksempel på denne metoden kan være dybdeintervjuer (Dalland, 2012). Denne bacheloroppgaven blir hovedsakelig basert på kvalitative forskningsartikler, da vi har fokus på alvorlig kronisk nyresvikt og hvordan normalisere hverdagen ved kronisk sykdom.

Vi mener det er naturlig å bruke denne typen forskningsartikler da det bygger på personlige erfaringer, som eksempelvis kan være knyttet til alvorlig kronisk nyresvikt og hvordan det er å leve med sykdommen. Noe av forskningen vi bruker i oppgaven er kvantitativ, dette for å kunne belyse forekomsten av ulike fenomener.

2.2 Litteratursøk

Vi har ved hjelp av litteratursøk funnet syv forskningsartikler gjennom skolens søkedatabaser, seks engelskspråklige og en norsk. Vi har sett på nettsider til aktuelle pasientforeninger som Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte og nyresiden.no for å få en bredere forståelse for pasienter med nyresvikt. For å finne relevant litteratur og artikler har vi søkt på databaser som høgskolen er knyttet opp til. Databasene vi har anvendt oss av er: PubMed, Wiley, The Cochrane Library, SveMed+, Sykepleien.no og Cinahl.

Vi anvendte norske søkeord som sykepleie, kronisk nyresvikt, alvorlig nyresvikt, alvorlig kronisk nyresvikt, hemodialyse, fysisk aktivitet, sosial isolasjon, motiverende samtale, motiverende intervju, håp, mestring, motivasjon og veiledning. Databasene ga mange treff, men vi valgte å konsentrere oss om de som var mest aktuelle for vår problemstilling og tema.

Vi har anvendt MeSH-termer i SveMed+ for å finne gode engelske søkeord. Søkeordene vi benyttet var: hemodialysis patients, renal dialysis, kidney failure chronic, chronic kidney disease, chronic kidney failure, quality of life, dialysis, motivational interviewing, self-manage og patient empowerment.

Forskningsartiklene vi har benyttet oss av er fra Norge, Sverige, Tyrkia, Iran og USA. Valget av artikler ble gjort ut i fra kriteriene vi tidligere har nevnt. Vi har forsøkt å finne ny og relevant forskning, vi har én artikkel fra 2009, resten av utvalget er fra 2011 og nyere.

Søkestrategien vår har blitt utarbeidet som tabeller (Vedlegg 1). Vi har også benyttet oss av PICO-skjema, der vi fikk strukturert søkene våre (Vedlegg 2).

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Her vil vi kort presentere studienes bakgrunn, hensikt, metode og funn.

Artikkel 1.

«Quality of Sleep and its Relationship to Quality of Life in Hemodialysis Patients»,

Forfatter: Lakdizaji, Mostofi, Parvan, & Roshangar (2013).

Studiens bakgrunn, finne sammenheng mellom søvn- og livskvalitet hos hemodialysepasienter.

Metode, kvalitativ studie, der 245 pasienter med behov for hemodialyse deltok i en studie om søvnkvalitet og nyresvikt. Pasientene ble tilfeldig valgt ut ved fire sykehus i Iran.

Studiens funn, viste at cirka 80 % av de som deltok på undersøkelsen hadde dårlig søvnkvalitet, og dette ble assosiert med dårlig livskvalitet, både fysisk og mentalt. Studien kom frem til at det er høy forekomst av svekket søvnkvalitet hos pasienter som gjennomgår dialysebehandling. Dårligere søvnkvalitet, samt fysiske og psykiske utfordringer påvirker pasientenes livskvalitet.

Artikkel 2.

“Evaluating the illness perception questionnaire on patients with chronic kidney disease in Sweden”,

Forfatter: Heiwe, Pagels & Söderquist (2011).

Studiens bakgrunn, å evaluere sykdomsforståelse for pasienter med kronisk nyresvikt gjennom et spørreskjema (IPQ-R).

Metode, studien er kvalitativ, spørreundersøkelsen ble utført i 2012 på en gruppe voksne pasienter i stadium 2-5 av kronisk nyresvikt. Studien ble gjennomført i to deler, i del en deltok syv pasienter der det ble utført kognitive intervjuer der undersøkelsen gikk ut på brukervennlighet. I del to ble 80 pasienter spurt om å delta, kun 54 aksepterte undersøkelsen. Evaluering av studien ble gjort via intervjuer og spørreskjemaer.

Studiens funn, konkluderer med at IPQ-R kan brukes som et helsefremmende verktøy i sykepleiepraksis, samt å vurdere kliniske intervensjoner i forhold til pasienter med kronisk nyresvikt. Studiens viser at det er behov for å kartlegge usikkerhet og identitet knyttet til nyresvikt.

Artikkel 3.

“Experiences of Kidney Failure: A Qualitative Meta-Synthesis”,

Forfatter: Makaroff (2012).

Studiens bakgrunn, hensikten med studien var å gi oversikt over pasienter med nyresvikt og deres erfaringer med sykdommen knyttet til begrenset frihet, autonomi, usikkerhet og håp.

Metode, studien er en kvalitativ sykepleieforskning basert på erfaringer fra pasienter med nyresvikt.

Studiens funn, viser at dette kan gi sykepleiere mer kunnskap og få mer innsikt i kronisk nyresvikt og livstruende sykdom.

Artikkel 4.

“Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients”,

Forfatter: Akin, Cinper, Durna, Ozturk & Mendi (2013).

Studiens bakgrunn, å vurdere pasienter med behov for hemodialyse sine utfordringer knyttet til egenomsorg, sosial isolering, fysisk status og fatigue på grunn av sykdom og behandling.

Metode, dette er en kvantitativ studie som ble utført i Tyrkia ved bruk av spørreskjema. Undersøkelsen ble utført ved to behandlingssentre, der 325 pasienter over 18 år deltok.

Studiens funn, konkluderer med at pasienter som går til hemodialyse trenger fysisk, sosial og emosjonell støtte fra sykepleieren. Dette for å forebygge tretthet, ensomhet og egenomsorg. Funn av forskningen viser at pasientene rapporterte om høy grad av utmattelse, liten grad av egenomsorg og moderat grad av ensomhet.

Artikkel 5.

“Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency”,

Forfatter: Kalender og Tosun (2013).

Studiens bakgrunn, å undersøke forholdet mellom hemodialysebehandling, egenomsorg og livskvalitet.

Metode, studien er kvalitativ og ble utført med 112 pasienter over 18 år, ved to private dialysesentre mellom mai 2009 og september 2010. Det ble brukt parametere og målt verdier av ulike indikasjoner på nyresvikt som for eksempel kalium, kreatinin og hematokrit.

Studiens funn, angir at det er viktig å kartlegge pasientens kliniske forhold, verdimålinger, ernæring, samt hvordan pasienten føler seg med tanke på effekt av dialysebehandling. Studien viser at hemodialyse fører til betydelige endringer i livet til pasienten. Dette vil føre til store endringer og påvirke livskvaliteten negativt.

Artikkel 6.

“Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS)”,

Forfatter: Russell, Cronk, Herron, Knowles, Matteson, Peace og Ponferrada (2011).

Studiens bakgrunn, var å undersøke hvilken effekt den motiverende samtale, med fokus i forhold til behandling, kosthold, medisiner og væske som gjennomgår hemodialyse. Studien ble utført i USA, der 29 pasienter deltok.

Metode, det ble utført en kvantitativ studie, der det ble benyttet spørreskjema.

Studiens funn, viste økt livskvalitet og fysiologiske funksjoner hos pasienter som går til hemodialyse, samt at de opplevde et bedre forhold til sykepleieren. Studien konkluderer med at MI virket som en god metode for å endre atferd hos dialysepasienter.

Artikkel 7.

“Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? ”,

Forfatter: Lorentsen (2009).

Studiens bakgrunn, forskningen er basert ut i fra en studie om hvordan sykepleieren kan styrke kreftpasientens håp der kurativ behandling er avsluttet. Studien har tatt for seg erfaringer hos sykepleiere, og hva de mener styrker pasientens håp.

Metode, det ble utført kvalitativt forskningsintervju med to sykepleiere på en sykehusavdeling. Hensikten med studien var å forstå og beskrive sykepleierens utfordring i forhold til hvordan de mente at de kunne fremme håp hos pasienter med kronisk sykdom.

Studiens funn, viser at det er de små tingene i hverdagen som hadde betydning for håpet og det å øke sykepleieres bevissthet om hva som ligger bak begrepet håp. Det må forskes videre på hva som styrker dette da det vil øke sykepleieren trygghet og dermed fremme pasientens livskvalitet og håp.

Vi er innforstått med at denne studien baserer seg på kreftpasienter, men vi mener at den er relevant for vår oppgave da den tar for seg hvordan sykepleieren kan styrke pasientens håp. I studien er kurativ behandling avsluttet, pasienter med terminal nyresvikt har samme problemstilling da det ikke er noen kurativ behandling.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2010) beskriver kildekritikk som en metode som brukes for å fastslå om litteraturen er sann. Kildekritikk skal vise at vi er i stand til å forholde oss kritiske til kildematerialet som blir anvendt i oppgaven. Det er viktig å være å være kritisk til kildene man bruker i oppgaven, i tillegg til hvilke kriterier som har blitt benyttet ved utvelgelse av litteratur. For å belyse eller besvare problemstillingen, har vi forsøkt å velge ut relevant og gyldig litteratur (Dalland, 2010).

I denne bacheloroppgaven har vi benyttet både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelige litteraturen fra forfatteren selv, mens sekundærlitteratur er litteratur som er gjengitt og fortolket av en annen forfatter (Dalland, 2010). Ved bruk av primærlitteratur sikrer man seg mot andre forfattere sine feiltolkninger eller unøyaktigheter. Når man anvender sekundærlitteratur kan teksten være tolket på en annen måte enn den opprinnelige tolkningen av et fenomen (Dalland, 2010). Vi har forsøkt å ta i bruk mest mulig primærlitteratur, dette er en sikrere kilde da det ikke er bearbeidet eller gjengitt av en annen forfatter.

Vi har lagt vekt på at litteraturen vi har anvendt er valid og har reliabilitet. Validitet vil si at kilden må være gyldig og relevant for det problemet som undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, måten de samles inn på, hvordan de bearbeides og hvilke data som blir tatt i bruk (Johannesen et al., 2010). Som tidligere nevnt har vi prøvd å anskaffe primærlitteratur, samt anerkjent litteratur og nyere utgivelser.

Vi har benyttet oss av Høgskolens bibliotek, samt ulike databaser. Litteratur fra pensum vurderer vi som troverdig og gyldig da den er anbefalt fra Høgskolen. Selvvalgt litteratur har vi valgt med vekt på alvorlig kronisk nyresvikt, motiverende samtale, håp og mestring. Ved valg av kilder har vi forsøkt å holde et sykepleiefaglig fokus, og benyttet oss av litteratur som er skrevet med tanke på sykepleie.

2.5 Etiske overveielser

For å tilegne seg kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og hvordan deres subjektive opplevelse av verden er, må man oppsøke den opprinnelige kilden, mennesket selv. Ved en fordypningsoppgave er det viktig å være klar over etiske utfordringer man kan komme ovenfor. For å kunne benytte personopplysninger stilles det et lovpålagt krav (Dalland, 2010). Anonymisering og taushetsplikt er noe av det personvern innebærer, vi som sykepleierstudenter må overholde taushetsplikten, som vil si at vi ikke kan bruke opplysninger om pasienters personlige forhold (Dalland, 2010).

I oppgaven vår kommer vi derfor til å anonymisere alle erfaringer vi har tilegnet oss både i studentrollen og ellers. Dette gjør at opplysningene ikke kan spores tilbake til hvilken person, hvilket sted og til hvilken tid.

3.0 Teoridel

Dalland (2010) beskriver teori som et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner eller erfaringer knyttet til en eller flere hendelser. Teoriens agenda er å komme frem til en enklest og treffende beskrivelse av virkeligheten.

Dette kapittelet omhandler Joyce Travelbee's sykepleietenkning, teori om alvorlig kronisk nyresvikt, kronisk sykdom, hvordan langvarig lidelse påvirker pasienters liv, teori om hemodialyse, sykepleierens funksjon, kommunikasjon i sykepleie, sosial kontakt, motivasjon, brukermedvirkning, motiverende samtale og empowerment.

3.1 Joyce Travelbee's sykepleietenkning

Vi vil her gjøre rede for sykepleieteoretiker Joyce Travelbee's (1926-1973) sykepleietenkning. Hennes teori og holdninger tenker vi er relevant for vår oppgave fordi problemstillingen vår omhandler pasienter med kronisk nyresvikt, konsekvensen av svikten fører til nedsatt livskvalitet og at det som vi har erfart er at pasienten opplever at hverdagen er håpløs. Lidelse, mening og håp er tre viktige punkter i Travelbee's teori (1999) og vi anser dette som relevant i forhold til langvarig lidelse.

Vi har valgt å bruke Travelbee sin teori om menneske-til-menneske forhold på grunnlag av at vår problemstilling handler om alvorlig kronisk nyresvikt og normalisering av hverdagen. I følge Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold er sykepleie en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle sykepleieren hjelper hvert enkelt individ eller familie til å oppleve mestring i forhold til sykdom og lidelse, samt unngå håpløshet (Travelbee, 1999).

3.1.1 Menneske-til-menneske forhold

I sykepleie skal et menneske-til-menneske forhold målbevisst etableres og opprettholdes av sykepleieren, og brukes som et virkemiddel. Travelbee (1999) beskriver i sin teori at det grunnleggende i et slikt forhold er at partene forholder seg til og oppfatter hverandre som unike mennesker, ikke som stereotypene «sykepleier» og «pasient». Dette fordi det først skapes reel kontakt når det enkelte individet opplever den andre som et menneske. I Travelbee's sykepleieteori blir et menneske-til-menneske forhold beskrevet som en eller flere opplevelser og erfaringer som deles mellom sykepleieren og den som er syk, eller individet som har behov for sykepleie (Travelbee, 1999).

«Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnærmingssmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk» sier Joyce Travelbee (1999, s.41).

Et menneske-til-menneske forhold etableres i følge Travelbee (1999) seg gjennom fem ulike faser som går inn i hverandre;

Det innledende møte går ut på at sykepleieren og pasienten får et førsteinntrykk av hverandre som er basert på observasjoner, vurderinger og forventninger. Når pasient og sykepleier møtes for første gang vil det automatisk bygge på generaliserte og stereotype antakelser.

Sykepleieren må være klar over dette, og prøve å gi avkall på denne kategoriseringen og se pasienten som et unikt individ (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

Fremvekst av identiteter begynner med at sykepleier og pasient oppfatter hverandre mer som individer i stedet for stereotyper. Sykepleieren ser her pasienten som forskjellig fra andre pasienter, og kan begynne å forstå hvordan vedkommende tenker, føler og opplever situasjonen. Pasienten begynner også å fange opp at sykepleieren er et særegent individ, og ikke lik som alle andre sykepleiere. Travelbee i sin teori mener at dersom sykepleieren ikke har evne til å se menneske bak sykdommen vil omsorgen dermed bli overfladisk, mekanisk og upersonlig. Denne fasen er grunnlaget for empati, som er evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon (Kristofferen et al., 2011).

Empati er en opplevelse av å forstå, og en erfaring som oppstår mellom to eller flere mennesker. Det er evnen til å leve seg inn i, eller ta del i og forstå pasientens psykologiske tilstand der og da. Travelbee mener at empati er noe som ikke oppstår tilfeldig. Empatisk forståelse bygger på likheter i partenes erfaringsgrunnlag, og evnen til dette er basert på lik erfaringsbakgrunn. Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men noe som kan oppleves i enkeltsituasjoner (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelse er ikke en fase i prosessen, men et resultat av det empatiske forløpet. Opplevelsen av sympati påvirker pasienten fysisk og psykisk, og det vil oppleves for pasienten som at sykepleieren oppriktig bryr seg om vedkommende sin lidelse ved å vise engasjement og være genuint interessert (Kristofferen et al., 2011).

Joyce Travelbee sier dette om sympati og varme:

“Sympathy is warmth, kindness, a transient type of compassion, a caring quality experienced on a feeling level and communicated to another” (Eide & Eide, 2010, s.138).

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Etter å ha gått gjennom de foregående fasene oppleves dette som gjensidig forståelse og kontakt av sykepleier og pasient (Kristoffersen et al., 2011). Når vi ser at pasienter med nyresvikt opplever håpløshet og mangel på motivasjon må vi som sykepleiere iverksette tiltak for å lindre dette. Som sykepleier kan man ikke alltid helbrede, men motivere pasienten til å følge mestring slik at de negative konsekvensene av sykdom og behandling minsker (Travelbee, 1999).

Det er en rekke med erfaringer og opplevelser som sykepleier og pasient opplever samtidig. Gjensidig forståelse og kontakt avhenger av sykepleierens profesjonalitet, kunnskaper og ferdigheter. For å nå denne fasen hevder Travelbee at det avhenger av sykepleierens praktiske menneskesyn. Gjensidig forståelse og kontakt identifiseres ved at pasienten og sykepleieren forholder seg til hverandre som individuelle personer. Denne assosiasjonen er ikke uprofesjonell, men to parter som samhandler uten behov for distanse (Travelbee, 1999).

3.1.2 Kommunikasjon

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste verktøy når det kommer til å skape et menneske-til-menneske forhold til pasienten, og gjennom dette oppnå målet for sykepleie. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Det er en prosess der partene deler følelser og tanker med hverandre, samt å søke og å gi informasjon for å finne en fremgangsmåte for å hjelpe den syke (Kristoffersen et al., 2011).

Når pasient og sykepleier møtes fører det til en kontinuerlig kommunikasjon der partene kommuniserer verbalt og non-verbalt. Ved verbal kommunikasjon bruker man ord, mens ved non-verbal kommunikasjon går det ut på bevegelser, berøring, ansiktsmimikk og tonefall (Kristoffersen et al., 2011). Non-verbal finner sted i et hvert møte mellom mennesker, dette skjer både bevisst og ubevisst. Kommunikasjon har funnet sted hvis budskapet er oppfattet og tolket rett (Travelbee, 1999).

«Gjennom observasjon og kommunikasjon kan sykepleieren fastslå den sykes behov – det første nødvendige skritt ved planlegging av sykepleieintensjoner» (Travelbee, s. 142, 1999).

Gjennom adferd, ansiktsuttrykk, ord og holdning formidler pasienten sin personlighet, slik at sykepleieren har mulighet til å gjøre seg kjent med den lidende som et særegent menneske. På denne måten kan man ivareta pasienten individuelle behov (Travelbee, 1999).

3.1.3 Menneskesyn og lidelse

Teorien til Travelbee bygger på et eksistensialistisk menneskesyn. Hun hevder at menneske er uerstattelig og unikt, lever kun en gang og vil aldri komme tilbake. Videre sier hun at sykepleierens menneskesyn er viktig fordi det påvirker kvaliteten av sykepleien som gis til den syke (Kristoffersen et al., 2011).

Travelbee mener at sykepleieren må forstå sykdom og lidelse som erfaring hos enkeltmenneske. Uten denne innsikten kan vi som sykepleiere aldri forholde oss til den lidende i et mellommenneskelig forhold til pasienten. For å møte pasientens behov benytter sykepleieren seg av en problemløsende metode, samtidig som en bruker seg selv terapeutisk. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk vil det si at man bruker sin personlighet, teoretiske innsikt og praktiske erfaringer for å oppnå en god relasjon med pasienten (Travelbee, 1999).

3.1.4 Håp

«Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp», (Travelbee, s. 123, 1999).

For å fremme håp hos den syke pasienten har sykepleieren en viktig rolle, mener Travelbee. Håpet er rettet mot fremtiden, og det er relatert til vår avhengighet av andre mennesker. Håp er knyttet til valg, ønske, mot, tillitt og utholdenhet. Travelbee hevder at håp kan gjøre mennesker i stand til å mestre vanskelige og vonde situasjoner, tragedier, kjedsomhet, nederlag, tap, ensomhet, samt lidelse og sykdom (Kristoffersen et al., 2011).

Travelbee hevder at håp er en mental tilstand karakterisert som et mål man ønsker å komme frem til, samtidig med en viss grad av forventning om at det den lidende ønsker er innenfor det som er mulig å oppnå (Travelbee, 1999).

3.1.5 Etikk i sykepleien

Travelbee legger vekt på moralsk handling i sykepleie. Hun er opptatt av hva som er rett og galt, og godt og ondt, samt har fokus på sykepleierens holdninger og evne til å se pasienten. Følelser som fundament i sykepleien er noe Travelbee vektlegger sammen med teknisk dyktighet, kunnskap og etnisk forståelse. Hun er opptatt av respekt for hvert enkelt individ og pasientens rett til autonomi (selvbestemmelse) (Slettebø, 2009).

3.2 Kronisk nyresvikt

3.2.1 Kronisk sykdom

Langvarig sykdom beskrives ofte som kronisk sykdom. For å bli diagnostisert med en kronisk sykdom innebærer det en lang utredning av svikten i organer og funksjoner. Den medisinske kunnskapen er betydningsfull i denne sammenhengen, men det er også en utfordring at i noen tilfeller er årsakene til sykdommen uklare. Begrepet kronisk sykdom er en felles betegnelse hvor symptomer og langvarige tilstander har oppstått uten at man helt vet årsaken, eller hvordan man behandler dette (Heggdal, 2008)

Ilene Molof Lubkin definerer kronisk sykdom på denne måten:

«Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt» (Heggdal, 2008, s.24).

På grunn av at kronisk sykdom er irreversibelt, sier definisjonen at kronisk syke pasienter må rette fokus bort fra begrensningene man har. Behandling og rehabilitering blir derfor viktig for å opprettholde livskvalitet og for å rette fokus bort fra sykdom og lidelse (Heggdal, 2008).

3.2.2 Å leve med kronisk sykdom

Livet endrer seg når man blir rammet av kronisk sykdom, både for den som blir syk og for de rundt pasienten. Sykdommen kan prege mye av hverdagen til den syke, og det vil påvirke livsutfoldelsen. Å leve med kronisk sykdom blir relatert til et liv med restriksjoner og sosial isolasjon, fysiske og psykiske utfordringer. Når man er syk kan man føle seg nedvurdert og oppleve seg som en byrde for andre. Dette kan igjen gå ut over selvfølelsen, som kan føre til tap av identitet (Gjengedal & Hanestad, 2007).

3.2.3 Hva er kronisk nyresvikt?

Kronisk nyresvikt opptrer når nyrenes hovedfunksjoner er sterkt redusert eller har opphørt. Det vil si når reguleringen av væske- og elektrolyttbalansen, utskillingen av avfallsstoffer, aktivering av vitamin D og den endokrine produksjon, og utskilling av hormonene erythropoetin og renin er avtagende eller opphører (Gulbrandsen, 2011). Av den voksne pasientgruppen som rammes vil sykdommen føre til alvorlig eller svært alvorlig reduksjon i nyrefunksjonen. Komplikasjoner og symptomer utvikler seg i varierende grad ut i fra avtagende nyrefunksjon (Helsedirektoratet, 2011).

Tabell 1. Kronisk nyresykdom i Norge		
STADIUM	GFR (ml/min/1,73 m ²)	FOREKOMST (% og antall)
1	>90	2.7% (135 000)
2	60 - 89	3.2% (160 000)
3	30 - 59	4.2% (220 000)
4	15 - 20	0.2% (10 000)
5	<15, eller i dialyse	0.1% (4 000)
GFR = glomerulær filtrasjonsrate Adaptert fra Hallan (2) et al. og Norsk Nefrologiregister (14)		

Figur 1. «Kronisk nyresykdom i Norge». (Den Norske Legeforening, 2014).

Tabellen ovenfor viser de fem stadiene i sykdomsforløpet ved kronisk nyresvikt, dette avhenger av nyrefunksjonen. Ved stadium 1 er det påvist nyreskade med normal nyrefunksjon, og ved stadium 5 er terminal nyresvikt. For at pasienten skal kunne overleve i stadium 5 trenger vedkommende nyretransplantasjon eller dialysebehandling (Gulbrandsen, 2011).

Symptomene som utspiller seg ved alvorlig kronisk nyresvikt kan være for eksempel være hudkløe, kvalme, brekninger, slapphet, muskelsvakhet, kramper, nedsatt bevissthet og endringer i mental status (Hartmann, 2008). Behandling av nyresvikt retter seg mot den tilbakenforliggende årsak av sykdommen. Vanndrivende legemidler brukes for å regulere væske- og saltforstyrrelser, samt væske- og saltbehandling (Helsedirektoratet, 2011).

Ved alvorlig kronisk nyresvikt kan man som tidligere nevnt utvikle hudkløe, men også benskjørhet (osteoporose), blodmangel (anemi), høyt blodtrykk (hypertensjon) og forstyrrelser i stoffskiftet (metabolisme). Dette er vanlige bivirkninger av sykdommen, og behandles ofte med medikamenter. Medikamentell behandling av nyresviktpasienter kan være utfordrende da nedsatt nyrefunksjon kan påvirke både utskillelse og virkning av medikamentene (Helsedirektoratet, 2011).

3.2.4 Hemodialyse

Alvorlig kronisk nyresvikt fører til døden dersom pasienten ikke får dialysebehandling, eller blir nyretransplantert. Det er et økende antall pasienter som venter på et nytt organ. Ved hemodialyse renses blodet til pasienten utenfor kroppen, det blir lagt inn et venekateter i en stor vene. Når pasienten går i hemodialyse føres pasientens blod til dialysefilteret, der renseprosessen skjer, og blodet blir deretter ført tilbake (Gulbrandsen, 2012). Antall behandlinger avhenger av nyrefunksjonen (Helsedirektoratet, 2011).

Pasienter som har behov for hemodialyse har en mer svekket helserelatert livskvalitet enn andre pasientgrupper med kroniske sykdommer, det er spesielt den fysiske helsen som er nedsatt. Helsedirektoratet (2011) trekker frem underernæring som en medvirkende årsak til svekket livskvalitet, og dette kan igjen føre til søvnforstyrrelser, depresjon, samt sosial isolasjon. Dialysebehandling blir en stor del av pasientens liv, og innvirkningen er betydelig i forhold til den enkeltes livskvalitet (Helsedirektoratet, 2011).

Ulike komplikasjoner ved hemodialyse kan oppstå. Sykepleieren har et sentralt ansvar for å vurdere, observere og forebygge at dette oppstår. Blodtrykksfall (hypotensjon) er en av de mest vanlige komplikasjonene ved hemodialyse, grunnen til dette er at det kan bli ubalanse i sirkulasjonen som kommer av at det trekkes for mye væske ut av pasienten på for kort tid. Hod smerter kan også forekomme, på grunn av at blodtrykket til pasienten blir forhøyet og det kan være tegn på at pasienten overvæsket. Mer sjeldne komplikasjoner under dialyse er allergiske reaksjoner, luftemboli, arytmi og brystmerter (Gulbrandsen, 2012).

Målet for dialysebehandlingen er å forlenge pasientens levetid, kontrollere væskebalanse, syre/base-status og elektrolytter, fjerne avfallsstoffer, holde pasienten mest mulig symptomfri og sørge for at vedkommende får tilstrekkelig inntak av protein, energi og andre næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2011). Hemodialyse er intermitterende og skjer vanligvis 3-4 ganger per uke, og varigheten av dette kan være 3-5 timer (Helsedirektoratet, 2011). I følge Helsedirektoratet (2011) har pasienter i livslang dialyse en betydelig økt dødelighet, sammenlignet med transplanterte og befolkningen generelt.

3.3 Sykepleierens funksjon

Florence Nightingale var den første som beskrev hva sykepleie er, hun var opptatt av at sykepleie er rettet mot pasientens opplevelse av sykdom. Hun har fokus på pasientens grunnleggende behov, samt individets opplevelse av å være syk. Pasientens psykologiske og menneskelige behov mener hun er like viktig som den medikamentelle behandlingen. Den som har ført arven videre etter Nightingale inn i moderne sykepleie er Virginia Henderson (Holter, 2011).

Henderson definerer sykepleierens funksjon slik:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. (Mathisen, 2011, s.154)

I de yrkesetiske retningslinjene fra Norges sykepleierforbund står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet. Med dette menes det at pasienten har rett til helhetlig sykepleie, medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket. Respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet er grunnlaget for all sykepleie. Det skal bygge på barmhjertighet, respekt og omsorg for menneskerettighetene, samt være basert på kunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren skal arbeide helsefremmende og forebygge sykdom, underbygge håp, mestring og livsmot hos pasienten. I de yrkesetiske retningslinjene står det også at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Videre står det at den enkelte pasient skal kunne ta selvstendige avgjørelser, ved at sykepleieren skal gi tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.3.1 Kommunikasjon i sykepleie

Kommunikasjon og samhandling er en viktig del av sykepleiefunksjonen. Kommunikasjon kan foregå både verbalt og nonverbalt. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved bruk av ord, som vil si det muntlige språket. Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon som uttrykkes via kroppsspråk, ansiktsuttrykk, blikk, stemmens klang, stillhet og berøring. Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er viktig i forhold til å skape trygghet og tillitt til pasienten. På denne måten kan pasienten åpne seg, og dele tanker og følelser. Dette kan også bidra til å skape motivasjon og stimulere pasienten til å bruke sine egne ressurser (Eide & Eide, 2010).

I følge Helsedirektoratet (2011) er kommunikasjon viktig i møtet mellom pasient og helsepersonell. En forutsetning for dette er at begge parter er åpne og lytter til hverandre. Som sykepleier kommuniserer han/hun som yrkesutøver, ikke som privatperson. Profesjonell kommunikasjon er noe annet enn kommunikasjon i dagliglivet. Sykepleier kommuniserer med pasienter eller annet helsepersonell for å yte hjelp. Formålet med profesjonell kommunikasjon er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Eide & Eide, 2010). Som helsepersonell har man i følge Helsepersonelloven taushetsplikt ovenfor personlige forhold som pasienten opplyser om. Vi viser her til Lov om helsepersonell (2001).

3.3.2 Sosial kontakt

Når en person rammes av kronisk sykdom må vedkommende lære seg å leve med sykdommen. Ofte er det mest fokus på den somatiske delen når man blir syk, men det er viktig at sykepleieren ikke glemmer de psykiske utfordringene sykdommen fører med seg (Kristoffersen et al., 2011). Kronisk sykdom øker risikoen for å utvikle psykisk lidelse og sosiale vansker. Som tidligere nevnt er pasienter med alvorlig nyresvikt avhengig av dialysebehandling for å kunne leve. Fra å være frisk og ha en hverdag man styrer selv, for så å bli totalt avhengig av tidskrevende dialysebehandling, kan være psykisk belastende for pasienten (Gulbrandsen, 2011).

Mennesker har behov for å gi og motta omsorg, og oppleve at andre trenger dem. Gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter blir man knyttet til andre, og dette gir en følelse av at man har en tilhørighet med andre mennesker. Sosialt nettverk defineres som relasjon mellom mennesker (Helgesen & Smebye, 2011). I følge Folkehelseinstituttet (2014) har menneskers sosiale nettverk betydning for helsen vår. Sosial støtte regnes som den viktigste helsefremmende faktoren.

Som sykepleier er det viktig at man har innsikt og vurderer pasientens individuelle forutsetninger, og ytre faktorer som påvirker pasientens livssituasjon. Andre faktorer det må bli tatt hensyn til er familie, sykdomsforløp og alder. Sykepleieren kan tilegne seg informasjon om pasientens sosiale nettverk ved samtale og observasjon, og deretter kartlegge pasientens sterke og svake sider. Gjennom aktiv brukermedvirkning kan pasient og helsepersonell i fellesskap utarbeide en plan med mål for sosial kontakt, slik at pasienten unngår sosial isolasjon (Helgesen & Smebye, 2011).

3.3.3 Sosial isolasjon

«Ensomhet medfører ikke med nødvendighet at en blir deprimert, men opplevelsen av mangel på sosial støtte og ensomhet er en betydelig risikofaktor for psykiske lidelser» (Smebye & Helgesen, 2011, s. 52).

Ensomhet kan gi en følelse av håpløshet. En vedvarende følelse av tomhet kan føre til hjelpeløshet i forhold til at man ikke er i stand til gi hverdagen mening og innhold (Hummelvoll, 2012). Det er forskjell på å være alene, og å være ensom. Ensomhet er en subjektiv opplevelse av mangel på kontakt med andre mennesker, å være alene og fysisk isolert kan derimot oppleves objektivt. Noen mennesker kan føle seg ensomme selv om de har et stort sosialt nettverk, mens andre ikke føler seg ensomme til tross for at de er mye alene (Helgesen & Smebye, 2011).

Som tidligere nevnt har vi fokus på en voksen aldersgruppe, over 25 år, og i følge Helsedirektoratet (2013) øker forekomsten av ulike sykdommen med økende alder. De understreker også at økende alder gir økt risiko for tap av funksjoner, og tap av sosialt nettverk. Denne aldersgruppen er utsatt for ensomhet og sosial isolasjon, og de har ofte behov for hjelp og veiledning.

3.3.4 Motivasjon og veiledning

Helsedirektoratet (2012) definerer motivasjon som faktorer som setter i gang, veileder og opprettholder atferd. Motivasjon kan deles inn i «indre motivasjon» og «ytre motivasjon». Eksempler på indre motivasjon kan være planlegging, følelser, tanker og beslutning, og eksempler på ytre motivasjon kan være straff og belønning.

Motivasjon til det enkelte individ avhenger av hva personen tenker om seg selv og sine ferdigheter. En annen faktor er hva pasienten selv får igjen for å arbeide mot det målet som vedkommende har satt seg. Når helsepersonell arbeider med motivasjon er det viktig å ha fokus på å endre den ytre motivasjonen til den indre. Dette kan være pasienter som står i fare for å utvikle nyresvikt, og det i seg selv kan være en motivasjon for å endre måten man utnytter sine egne ressurser (Kristoffersen et al., 2011).

Når sykepleieren skal arbeide med motivasjon og veiledning må opplæring og undervisning tilrettelegges, slik at pasienten som skal lære blir engasjert til aktivt å innhente og bearbeide den kunnskapen som er relevant. På dette grunnlaget må pasienten tilegne seg forståelse som grunnlag for å endre atferd. For å gi motivasjonen retning er det viktig med forståelse av og kunnskap om hvor viktig det er med atferdsendring. En kommunikasjonsmetode som er mye brukt ved endring av pasienters atferd og motivasjon er en samtale kalt motiverende samtale (Kristoffersen et al., 2011).

3.4 Motiverende samtale

Motiverende samtale (MI, motivational interviewing) er en samtale mellom sykepleier og pasient der det er fokus på å styrke en persons egen motivasjon og engasjement i forhold til atferdsendring. Formålet med motiverende samtale er å gi pasienten mulighet til å velge forandring i eget liv (Miller & Rollnick, 2013). Metoden er fokusert på pasienten i den betydning at det er pasientens egen livsstil og syn på situasjonen som er temaet under samtalen, ikke sykepleierens. Samtalen må være målrettet, og sykepleieren må ha respekt for endring i vedkommende sin atferd, slik at det skjer på pasientens egne premisser og i hans/hennes tempo (Miller & Rollnick, 2013).

I den motiverende samtale er det fokus på å finne frem til pasientens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser i forhold til endring. Eksempel på dette er å få pasienten til å tro på seg selv og at vedkommende har de ressursene han/hun trenger for å foreta atferdsendring, slik at helsepersonellet ikke skal foreta endringen for dem (Miller & Rollnick, 2013). Når sykepleieren velger å benytte motiverende samtale er viktig å følge disse prinsippene: å vise empati og respekt for pasienten, å utvikle diskrepans hos pasienten, å takle motstand og å støtte pasientens mestringsforventning (Kristoffersen et al., 2011).

Det er fire prosesser i den motiverende samtale:

Den engasjerende prosessen er der partene etablerer en forbindelse og en relasjon. Målet er å skape engasjement, det kan ta alt fra noen minutter til flere samtaler. For å kunne gjennomføre dette forløpet er engasjement nødvendig. Pasienten blir på denne måten delaktig i prosessen, og det er større sannsynlighet for at vedkommende blir i og får utbytte av samtalen (Miller & Rollnick, 2013).

Den fokuserende prosessen kommer etter engasjementfasen, som har ledet til hensikten med prosessen; det pasienten har kommet for å snakke om. Å fokusere innebærer at man skal utvikle og opprettholde en retning frem mot ett eller flere endringsmål. Det kan for eksempel være mål som kosthold, måter å tenke på, holdninger, samt aktivitetsnivå. Denne prosessen innebærer å kartlegge retningen mot et mål (Miller & Rollnick, 2013).

Den fremkallende prosessen er å finne frem til pasientens egen motivasjon for endring. Sykepleieren kan ved bruk av motiverende samtale forsterke pasientens egne tanker og følelser, da det kommer til hvorfor og hvordan vedkommende kan gjennomføre mål han/hun fokuserer på. Dette innebærer at pasienten selv kan finne argumenter for endring (Miller & Rollnick, 2013).

Den planleggende prosessen innebærer å fokusere på forpliktelsen til endringen og det å utarbeide en handlingsplan. Pasientens egne løsninger må komme frem for å underbygge deres autonomi, samt være bevisst på at det er vedkommende sitt eget valg. Denne prosessen er når pasientens motivasjon når en terskel for hvor klar personen er til å foreta endringer, samt at han/hun begynner å tenke på hvordan og når endringen skal foretas (Miller & Rollnick, 2013).

3.4.1 Hvorfor virker motiverende samtale?

En av hypotesene om hvorfor motiverende samtale virker er at det handler om motstand, og at det fungerer fordi det er en samtalestil som begrenser at motstand skal forhindre veien for endring. Samtalen fokuserer på mulighetene og ressursene til pasienten i stedet for motforestillinger, og det også viktig å huske på å ta pasientens perspektiv i betraktning underveis. Når motstand mot endring minsker, vil det bli bedre vilkår for at den modne og konstruktive siden hos pasienten får mer påvirkning på pasientens atferdsvalg (Barth, Børtveit & Prescott, 2013).

3.4.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og dette er noe vi sykepleiere må forholde oss til. Som pasient har man rett til å bli hørt og respektert som ekspert på sitt eget liv, samt rett til innsyn og medbestemmelse i egen behandling og sykdomsforløp (Holter & Mekki, 2011). I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. står det at tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det er lovfestet at pasientens egne meninger skal bli hørt, og tjenestetilbudet skal bli tilrettelagt deretter. Videre i § 3-2 står det skrevet at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Risikoer og bivirkninger er vi som sykepleiere også pålagt å informere pasienten om. Vi viser her til Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001).

I følge Helsedirektoratet (2011) vil brukermedvirkning være med på å påvirke selvbildet til pasienten på en positiv måte, og styrke vedkommende sin motivasjon gjennom egne valg og ressurser. Å involvere pasienten og anvende han/hun sin kompetanse er viktig for å bevare og styrke pasients ressurser og mestringssevne. Dette er også avgjørende for at den syke skal beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2011).

3.4.3 Empowerment

Begrepet *empowerment* er mye benyttet i sykepleien når det kommer til å fremme helse og styrke pasientens ressurser. Empowerment er definert som en prosess som gjør mennesker i stand til å få mer kontroll over egen helsetilstand og forbedre egen helse. Som sykepleier skal man hjelpe pasienten pedagogisk ved å styrke hans/hennes ressurser og tro på seg selv. På individuelt nivå vil begrepet empowerment omfatte utvikling av pasientens mestringssevne. Empowerment på individnivå beskrives som en prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere individets evne til å tilfredsstille egne behov, løse sine problemer og tilegne seg ressurser for å ta kontroll over eget liv (Kristoffersen et al., 2011).

3.4.4 Ressurser – en forutsetning for mestring

En pasients evne til å mestre omfatter vedkommende sine indre og ytre ressurser. De indre ressursene kan være for eksempel pasientens evner og anlegg, livserfaringer, kognitive ferdigheter og motivasjon. Pasientens ytre ressurser blir beskrevet som familie og sosialt nettverk, arbeid, utdanning og økonomi. De indre og ytre ressursene står i sammenheng med hverandre, og har innflytelse på pasientens vilkår for mestring. Ressurser blir også beskrevet som pasientens kunnskaper, krefter og vilje. Krefter blir ofte knyttet til det å ha mental styrke, og tro på egne muligheter, samt ha ideer og visjoner. Som helsepersonell må han ha fokus på pasientens sterke sider (Reitan, 2008).

4.0 Drøfting

«Hvordan veilede og motivere dialysepasienten til å utnytte sine ressurser ved hjelp av motiverende samtale?»

I drøftingsdelen tar vi for oss den kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom teoridelen i oppgaven, og vi vil bruke Travelbee sin teori om kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Vi vil ha fokus på den alvorlig syke nyrepasienten og hvordan vi kan yte god sykepleie med vekt på håp og mestring. Vi vil ta i bruk kommunikasjonsmetoden motiverende samtale for å veilede og motivere pasienten. Underveis vil vi trekke inn forskningsartiklene som er presentert i metodekapittelet, samt egne erfaringer fra praksis.

4.1 Hvordan kan sykepleier møte pasienten i det innledende møte?

Menneske-til-menneske forhold er at sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som unike individer. Sykepleieren skal hjelpe mennesket til meste lidelse gjennom en prosess som består av ulike faser. Den første fasen er det innledende møte hvor sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) hevder at ved det første møtet vil automatisk bygge på generaliserte og stereotype antakelser. I det innledende møte får pasient og sykepleier et førsteinntrykk av hverandre, gjennom observasjoner, forventninger og vurderinger. Travelbee sier man må gå bort fra de stereotypiske antakelsene, og se pasienten som et unikt individ (Kristoffersen et al., 2011). Tidligere erfaringer fra praksis underbygger Travelbee sin teori da vi selv har opplevd at det er viktig å se mennesket bak sykdommen, slik at pasienten føler seg ivaretatt, både med tanke på verdighet og integritet. Hva hvis sykepleieren kun ser sykdommen, hvordan vil pasienten føle det da?

I tidligere praksis har vi erfart at man burde kartlegge pasientens behov gjennom å gjøre oss kjent med vedkommende, hvor vi henter opplysninger. Vi må snakke med kollegaer og lese dokumentasjon, og dette vil hjelpe oss som sykepleiere til å danne oss et bilde av situasjonen og forventningene pasienten har. Travelbee (1999) angir også at det første møtet mellom pasient og sykepleier vil bygge på vurdering av hverandre ut i fra deres handling, holdning og væremåte. Hun hevder at det er viktig å leve seg inn pasientens situasjon ved å vise empati og sympati ovenfor pasienten. Hvis vi som sykepleiere ikke viser medfølelse ovenfor pasienten, vil sykepleien bli mekanisk og upersonlig, og dette kan skape avstand til pasienten (Travelbee, 1999).

Vi har erfart at pasienter som får dialysebehandling ikke ønsker å være på sykehuset lenger enn nødvendig, det kan derfor være utfordrende å skape en god relasjon til vedkommende. En annen utfordring er sykepleierens tidspress, da det ofte er travle dager og det ikke alltid er rom for den «gode samtalen» med pasienten. I følge Eide og Eide (2010) er god kommunikasjon hjelpende og pasientrettet, og det er pasienten som avgjør om kommunikasjonen er god eller ikke. Travelbee (1999) underbygger dette ved å angi at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste verktøy for å skape et menneske-til-menneske forhold, og sier at gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person.

I følge Gulbrandsen (2011) er det en stor belastning for pasienten å gå i dialysebehandling. Dette underbygger våre erfaringer da vi har sett ulike plager hos pasientene før og etter behandlingen. Dette kan være plager som tretthet, søvnløshet, slapphet, kløe, ødemer og tungpustet. Vi har også sett at dette kan påvirke pasientenes psykiske helse, med tanke på skyldfølelse ovenfor familie, samt bekymringer ovenfor fremtiden på grunn av sykdommen. I praksis har vi opplevd at sykepleiere fort kan konsentrere seg mest om sykdom og symptomer, og glemme personen bak. Vi har erfart dette som uheldig for pasienten, og Travelbee (1999) underbygger dette ved at hun mener sykepleieren må forstå sykdom og lidelse som erfaring hos enkeltmennesket. Hun hevder at uten denne innsikten vil ikke sykepleieren kunne forholde seg til den syke i det mellommenneskelige forholdet til pasienten. Travelbee (1999) angir at hvert enkelt menneske er unikt og uerstattelig. Vi mener det er viktig at sykepleieren har evne til å se mennesket bak sykdommen, og bli kjent med pasienten som person for å kunne yte god sykepleie.

I følge de yrkesetiske retningslinjer fra Norges Sykepleierforbund (2011) bygger sykepleie på respekt for menneskerettighetene, kunnskap og barmhjertighet. Slik vi ser det, handler mye av sykepleieansvaret rundt pasienten om sympati, empati og respekt. Vi har erfart at respekt først og fremst handler om at vi tror på pasienten og tar vedkommende på alvor, når han/hun uttrykker frustrasjon over at han/hun må bruke store deler av livet sitt i dialysebehandling. De yrkesetiske retningslinjene underbygger dette da respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet er grunnlaget for all sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Slik som vi forstår Travelbee (1999) sin teori, kan sykepleieren hjelpe pasienten ved å anerkjenne og se situasjonen fra vedkommende sin side. Vi mener det er viktig at sykepleieren aksepterer pasientens begrensinger og ressurser, slik at vi som helsepersonell kan legge til rette for at pasienten føler seg trygg og respektert, og på denne måten unngå å umyndiggjøre pasienten. I den siste fasen av menneske-til-menneske forholdet må sykepleieren gi uttrykk for at han/hun er til å stole på, gjennom kunnskap og ferdigheter (Travelbee 1999). Med dette som grunnlag mener vi det er nødvendig at sykepleieren møter mennesket bak sykdommen, og på denne måten kan man skape en god relasjon til pasienten i det innledende møtet.

4.2 Hvordan kan sykepleier bevare håp hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt?

Gjengedal & Hansestad (2007) hevder at når man blir rammet av kronisk sykdom endrer livet seg for både pasient og pårørende. De sier at det å leve med kronisk sykdom blir relatert til et liv med restriksjoner, sosial isolasjon, fysiske og psykiske utfordringer. Dette underbygger våre erfaringer fra praksis da vi har møtt pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt som har følt håpløshet i hverdagen, knyttet til at de må vie store deler av livet til dialysebehandling. Dette opplevde vi som en utfordring for pasientene, da det kan være vanskelig å finne håp og mening i en hverdag som er preget av alvorlig kronisk sykdom. Denne pasientgruppen er svært syke og har få ressurser til rådighet, så hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme håp hos pasienten med tanke på at han/hun kan oppleve bedre dager som kan bety noe?

Ut i fra tidligere praksis har vi erfart at sykepleieren er en person som behandler pasienten som et fullverdig menneske, samt er en aktiv lytter og har humor. Gjennom dette skaper pasient og sykepleier en relasjon som er bygget på håp og tillitt. Travelbee (1999) underbygger dette da hun hevder at den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Lorentsen (2009) har utarbeidet en studie som har basert seg på erfaringer hos sykepleiere, og hva de mener styrker pasientens håp. Som tidligere nevnt i metodedelen i oppgaven, er studien relatert til hvordan sykepleieren kan styrke kreftpasientens håp der kurativ behandling er avsluttet. Det samme gjelder pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt da sykdommen er irreversibel.

Lorentsen (2009) kom i sin studie frem til at det var de små tingene i hverdagen som hadde betydning for håpet. I praksis på sykehjem og sykehus har vi erfart dette da vi har opplevd at et godt stell, en god frokost, samt respekt fra helsepersonell kan bidra til opprettholdelse av håp. Våre erfaringer bygger opp under Lorentsen (2009) sine funn, da hun fastslår at det ikke alltid handlet om å si noe, men heller å være til stedet og lytte til pasienten. Dette har vi selv erfart i praksis, når vi viser tilstedeværelse og er genuint opptatt av pasienten, har det ført til at han/hun ser lysere på situasjonen. Sykepleierne som deltok i studien til Lorentsen (2009) beskriver at pasientens drømmer er viktig for å kunne mestre livet og bevare håpet. Som sykepleier er det viktig å ta utgangspunkt i pasientens verden, angir hun. Pasienten kan ha urealistiske drømmer, men sykepleieren må ta del i dette, hvis ikke kan vi ta håpet fra pasienten (Lorentsen, 2009). Vi tenker også at dette er viktig for pasienten, men på en annen side mener vi at det er viktig at sykepleieren er realistisk, og motiverer pasienten slik at sykepleieren er med på å fremme håp.

I følge Travelbee (1999) er det av stor betydning at sykepleiere har en innstilling som stimulerer til håp, for eksempel når sykepleieren prøver å veilede pasienten til å finne håp eller unngå håpløshet ved sykdommen. Erfaringer fra praksis underbygger Travelbee sin teori da vi har observert at god kroppsholdning, ansiktsmimikk og tonefall kan bidra til en mer positiv situasjon for pasienten. Når pasient og sykepleier oppnår en god relasjon og kommuniserer godt, vil pasienten merke en positiv holdning hos sykepleieren, som vi mener kan bidra til å styrke håpet.

Makaroff (2012) har utført en kvalitativ studie basert på nyresviktpasienters egne erfaringer. Det kom frem at pasientenes hverdag var preget av deres kroniske og livstruende sykdom, som blant annet var usikkert håp og en uviss fremtid, der man har begrenset frihet og er avhengig av andre. Så hvorfor er det viktig at sykepleieren kan bidra til å opprettholde pasientens håp? Travelbee (1999) hevder at håp bidrar til at mennesker kan være i stand til å takle vonde og vanskelige situasjoner, samt ensomhet og lidelse. I praksis på sykehuset erfarte vi at de pasientene som uttrykte håp, også var mer positivt innstilt ovenfor fremtiden. Pasientene vi møtte var innerforstått med at hadde en irreversibel sykdom, og de ga uttrykk for at håp var en viktig faktor for å finne motivasjon i hverdagen. På grunnlag av dette mener vi det er viktig at sykepleieren bidrar til å fremme håp hos pasienter med kronisk sykdom.

4.3 Hvordan kan sykepleier motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt til å bruke de ressursene han/hun har, gjennom tilnærmingsmåten motiverende samtale?

Heggdal (2008) hevder at kronisk syke mennesker må rette fokus bort fra begrensningene man har, og mener for å opprettholde livskvalitet og egne ressurser, må man rette fokus bort fra sykdom og lidelse. Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleieren må forstå sykdom og lidelse som en erfaring hos hvert enkelt individ. Hun hevder at mennesket er unikt og uerstattelig, lever bare en gang og kommer aldri tilbake. Slik vi forstår Travelbee mener hun at pasient og sykepleier skal møte hverandre som likeverdige mennesker, hun sier i sin teori at sykepleieren må prøve å sette seg inn i pasientens situasjon for å kunne gi best mulig sykepleie. Vi mener at for å hjelpe pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt må sykepleieren vise empati og sympati, og prøve å tilpasse sykepleie etter den enkeltes ressurser og behov.

Pasientens mestringsevne avhenger av vedkommende sine indre og ytre ressurser. Indre ressurser blir definert som pasientens evner og anlegg, kunnskaper, livserfaring, kognitive ferdigheter og motivasjon. De ytre ressursene beskrives som sosialt nettverk, familie, venner, økonomi, utdanning og arbeid (Reitan, 2008). Fra tidligere praksis har vi opplevd pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt som svært syke, og som hadde få ressurser til rådighet. Vi mener derfor at sykepleieren bør hjelpe pasienten til å fremme de ressursene han/hun har til rådighet, og vi tenker derfor at motiverende samtale kan være et godt hjelpemiddel for å veilede og motivere pasienten til atferdsendring. Vi mener at pasientens ressurser er en forutsetning for mestring, og Reitan (2008) underbygger dette ved å angi at sykepleieren må ha en ressursorientert tilnærming og ha fokus på å fremme pasientens sterke sider. Det vil si hvem vedkommende er som selvstendig person, hvilken livserfaring vedkommende har, beslutningsevne, kunnskaper, vilje, hva han/hun bryr seg om og har av krefter (Reitan, 2008). Vi tolker det slik at sykepleier og pasient må i en slik prosess prøve å gjøre det beste ut av mulighetene som finnes, og være opptatt av hva som kan prøves, løses og trenes på. Pasient og sykepleier kan for eksempel utarbeide en plan, med både kortsiktige og langsiktige mål. På denne måten får pasienten et mål å forholde seg til, samt delmål underveis i prosessen som igjen kan føre til motivasjon og følelse av mestring på vei mot pasientens endring av atferd.

Pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt kan ha symptomer som hudkløe, kvalme, slapphet, nedsatt bevissthet og nedsatt fysisk funksjonsnivå (Hartmann, 2008). I praksis opplevde vi situasjoner der pasienter uttrykte frustrasjon og sinne over symptomer nevnt ovenfor, som svært utfordrende. Vi har erfart at det ikke alltid er lett å vite hvordan man skal takle situasjoner der pasienten er misfornøyd og nedstemt som følge av sykdommen. Vi mener allikevel at det er viktig at sykepleieren viser at han/hun er der for pasienten, samt opptrer profesjonelt slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. I følge Gulbrandsen (2011) trenger pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt dialysebehandling for å overleve, noe som er en ressurs- og tidkrevende behandling. Hun hevder videre at pasienter som er avhengig av dialysebehandling over lang tid kan by på spesielle sykepleiefaglige utfordringer, som ivaretagelse av deres psykiske og sosiale behov. Vi mener at sykepleieren må være til hjelp og støtte for pasienten i vanskelige situasjoner, og Gulbrandsen (2011) underbygger dette ved å angi at sykepleieren trenger kunnskaper om hvordan sykdom påvirker pasientens livsutfoldelse, samt hvordan det oppleves å ha en kronisk lidelse. Helsedirektoratet (2011) underbygger igjen dette ved å påpeke at pasienter som gjennomgår hemodialyse har en mer svekket livskvalitet enn andre mennesker med kroniske sykdommer, og det blir trukket frem at den fysiske helsen er spesielt utsatt.

I følge en studie gjort av Lakdizaji, Mostofi, Parvan, og Roshangar (2013) kom det frem at dårlig søvnkvalitet og søvnløshet er et utbredt problem hos hemodialysepasienter. Dette påvirket deres livskvalitet både fysisk og psykisk. Dette samsvarer med våre erfaringer fra praksis da pasientene ofte fortalte oss at de hadde søvnproblemer som følge av sykdommen og symptomene. Pasientene fortalte at dårlig søvnkvalitet påvirket deres sinnsstemning og hverdag, da dette tappet dem for enda mer krefter. Studien av Lakdizaji et al. (2013) hevder at det er nødvendig å gi opplæring om nyresvikt relatert til helse og søvnproblemer både individuelt og i grupper for å kunne leve best mulig med sykdommen og tilegne seg mer kunnskap om nyresvikt. Dette underbygges av en studie utført av Russell, Cronk, Herron, Knowles, Matteson, Peace og Ponferrada (2011) der det kom frem til at tilnærmingsmåten motiverende samtale er en metode som kan bidra til bedre sykdomsforståelse og atferdsendring hos dialysepasienter.

Motiverende samtale kan benyttes ved motivasjon og veiledning av pasienter. Formålet med denne metoden er å gi pasienten mulighet til å velge forandring i eget liv. Det er en samtale mellom sykepleier og pasient, der det er fokus på å styrke pasientens egen motivasjon og engasjement i forhold til atferdsendring (Miller & Rollnick, 2013). Den motiverende samtale skal være målrettet, og sykepleieren må vise respekt ovenfor pasienten, slik at det skjer i vedkommende sitt tempo og på hans/hennes premisser, hevder Miller og Rollnick (2013). Praksis fra medisinsk avdeling ga oss erfaring om at det er viktig å prioritere og å finne tid til å kommunisere med pasienten, slik at pasient og sykepleier kan skape en god relasjon til hverandre. Basert på våre erfaringer vil pasienten føle seg tryggere og mer respektert, og dermed kunne være mer åpen om sitt liv og sine følelser.

Miller og Rollnick (2013) påpeker at motiverende samtale er en samtale for å motivere pasienten til å endre atferd. Det er fire prosesser i den motiverende samtale, den første fasen er den engasjerende prosessen, der pasient og sykepleier skaper en relasjon. Målet med samtalen er å få pasienten engasjert, men hvordan skal sykepleier klare å skape dette slik at pasienten blir motivert til å utnytte egne ressurser? I følge studien til Russell et al. (2011) viste det seg at motiverende samtale virket som en god metode for atferdsendring hos voksne som går til hemodialyse. Det kom også frem at pasientene som deltok i undersøkelsen opplevde et bedre forhold til sykepleieren. Travelbee (1999) mener at den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe hvert enkelt individ til å oppleve mestring, og at en relasjon mellom pasient og sykepleier først oppstår når de ser hverandre som unike individer. Ut i fra studien til Russell et al. (2011), samt Travelbee (1999) sin teori om hvordan man som sykepleier skal møte pasienten, mener vi at motiverende samtale kan være en god tilnæringsmåte for å motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt til å utnytte sine ressurser.

Miller og Rollnick (2013) beskriver den andre fasen som den fokuserende prosessen i den motiverende samtale. Det er i denne fasen sykepleier og pasient tar for seg det pasienten har kommet for å snakke om. Her må sykepleier kartlegge hvordan pasienten skal oppnå målet, som her er å utnytte sine ressurser for noe som er betydningsfullt for pasienten. Hva kan bety noe for den nyresyke pasienten? Vi vil her ta utgangspunkt i en situasjon vi opplevde i praksis, og som berørte oss som sykepleierstudenter. Det var en eldre dame med alvorlig kronisk nyresvikt som tidligere var en fysisk aktiv og sosial person. Hun fortalte at etter hun ble alvorlig syk, måtte hun gi slipp på mange av de viktige verdiene i hennes liv. Hun nevnte at noe av det som preget henne mest, var at hun ikke lenger hadde krefter til å være sosial og delta på sammenkomstene i vinklubben hun hadde vært en del av.

I følge Miller og Rollnick (2013) skal man under den andre fasen utvikle en vei mot ett eller flere endringsmål. De beskriver at dette kan være pasientens tanker og holdninger, og som i dette tilfellet kan være hvordan sykepleier kan motivere pasienten til å utnytte sine ressurser til å møte venninner fra vinklubben en gang i blant. Vi mener at dette kan være med å bidra til håp og motivasjon hos pasienten, på denne måten kan hun utnytte sine ressurser på noe som har betydning og er verdifullt i hennes liv.

Den tredje fasen i motiverende samtale er den fremkallende prosessen. Det er her pasientens egen motivasjon for endring skal komme frem. I følge Miller og Rollnick (2013) innebærer dette at pasienten selv skal finne argumenter for å foreta atferdsendring. Helsedirektoratet (2011) påpeker at å involvere pasienten i egen behandling er betydningsfullt for å bevare og styrke pasientens ressurser og mestringsevne. De fastslår også at dette er viktig for at pasienten skal opprettholde og gjenvinne kontroll over eget liv. Dette samsvarer med De yrkesetiske retningslinjene fra Norges sykepleierforbund (2011), der det står at sykepleier skal ivareta pasientens integritet og verdighet. I retningslinjene står det videre skrevet at pasienten har rett til medbestemmelse, og retten til og ikke å bli krenket. Sykepleieren skal respektere det enkelte menneskets liv, og verdighet er grunnlaget for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011). Slik vi forstår Travelbee (1999) underbygger hun dette ved å angi i sin teori at hun er opptatt av respekt for enkeltmennesket og ivaretagelse av vedkommende sin rett til autonomi. I følge Miller og Rollnick (2013) innebærer den fremkallende prosessen at man skal bringe frem pasientens egen motivasjon til forandring, og dette blir beskrevet som kjernen i den motiverende samtale. Dette kan skje når pasienten retter fokus mot noe han/hun vil endre. Her må pasientens egne følelser komme frem, og ideer om hvorfor og hvordan vedkommende har tenkt til å foreta atferdsendring (Miller & Rollnick, 2013).

Den planleggende prosessen er den fjerde og siste fasen i den motiverende samtale. Når pasientens motivasjon når en terskel der vedkommende er klar for å gjennomføre endringer, vil han/hun kunne begynne å tenke mer på når og hvordan forandringen skal utføres, og pasient og sykepleier vil sammen kunne utarbeide en handlingsplan (Miller & Rollnick, 2013). Fra tidligere praksis har vi erfart hvor viktig det er at pasienten får medvirke og ta selvstendige beslutninger i forhold til egen behandling. På denne måten vil pasienten kunne bli mer delaktig i egen behandling, og tilegne seg en bedre forståelse av kronisk sykdom og sin egen livssituasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) underbygger dette der det står nedfelt at pasienten har rett medvirkning.

I likhet med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hevder Holter & Mekki (2011) at man som pasient har rett til å bli hørt og respektert som ekspert på sitt eget liv, samt rett til medbestemmelse og innsyn i egen behandling og sykdomsforløp.

Fra tidligere praksis har vi erfart at helsepersonell har hatt samtaler om pasientens helsetilstand og behandling, uten at vedkommende er til stede. Hvis pasienten fikk delta i disse samtalene, ville han/hun blitt mer delaktig i egen behandling? I praksis erfarte vi at helsepersonell ofte snakket om pasienten uten at vedkommende var til stede, og som sykepleierstudenter har vi lært at man skal snakke med, og ikke om pasienten. I enkelte tilfeller opplevde vi dette som noe respektløst ovenfor pasienten, da helsepersonellet ofte trodde de visste hva som var best for pasienten bak hans/hennes rygg. Slik vi tolker Travelbee (1999) sin teori er ikke dette noe hun står for, da hun er opptatt av respekt for enkeltindividet og pasientens rett til autonomi, samt sykepleierens holdninger og evne til å se pasienten (Slettebø, 2009).

Når pasienten har vært igjennom de ulike fasene i den motiverende samtale, er målet at han/hun skal sitte igjen med en selvstendig beslutning. Dette handler om hvilke endringer pasienten må foreta med tanke på hvordan vedkommende kan utnytte sine ressurser, og hvordan han/hun skal klare å utføre dette. Målet er at pasienten nå sitter med kunnskaper og motivasjon om hvordan han/hun kan endre sin atferd for å utnytte sine ressurser, samt oppnå en bedre helse og kunne leve med kronisk sykdom på best mulig måte (Miller & Rollnick, 2013). For at sykepleier skal kunne motivere og veilede pasient med alvorlig kronisk nyresvikt, gjennom tilnærminingsmåten motiverende samtale, må sykepleier veilede pasienten til å finne noe betydningsfullt i hans/hennes liv og ta utgangspunkt i dette. Vi mener det er viktig at sykepleier bidrar til at pasienten kan finne motivasjon og håp gjennom motiverende samtale, men at det er pasienten selv som må ta beslutninger og velge forandring i eget liv med tanke på de ressursene han/hun har til rådighet.

4.4 Hvordan kan sykepleier motivere og veilede pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt, slik at han/hun opprettholder sine sosiale behov?

Som tidligere nevnt endrer livet seg, både for den som blir syk og for de rundt pasienten, når man blir rammet av kronisk sykdom. I følge Gjengedal og Hanestad (2007) kan alvorlig kronisk nyresvikt prege mye av hverdagen til pasienten, og dette vil påvirke livsutfoldelsen. Dette samsvarer med en studie utført av Kalender og Tosun (2013) der det kom frem at hemodialyse fører til betydelige endringer i pasientens liv, og det kan påvirke vedkommende sin livskvalitet på en negativ måte. I tidligere praksis har vi snakket med pasienter som har fortalt at deres sosiale liv har blitt betydelig preget av de store endringene de har måtte foretatt seg som følge av alvorlig kronisk nyresvikt. De beskrev den nåværende hverdagen som meningsløs, da de hadde lite energi og følte seg initiativløse, samt trøtte og slitne.

Miller og Rollnick (2013) hevder at engasjement er nødvendig for at pasienten skal kunne foreta en atferdsendring. En viktig del av sykepleiefunksjonen er kommunikasjon og samhandling. Kommunikasjon kan foregå både verbalt og nonverbalt, ved verbal kommunikasjon anvendes det muntlige språket. Nonverbal kommunikasjon er viktig i sykepleie for det er på denne måten kroppsspråk, ansiktsuttrykk, blick og stemmens klang kommer til uttrykk for pasienten (Eide & Eide, 2010). Erfaringer fra praksis underbygger dette da vi har opplevd at pasienter la godt merke til hvordan vi som helsepersonell fremstod. Ut i fra våre erfaringer mener vi det er viktig hvordan sykepleier fremstår og ordlegger seg, men kanskje er våre nonverbale kommunikasjonsferdigheter det viktigste? Eide og Eide (2010) mener at gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er nødvendig hvis helsepersonell skal oppnå en god relasjon til pasienten. Helsedirektoratet (2011) underbygger Eide og Eide (2010) ved å påpeke at kommunikasjon er viktig i møtet mellom pasient og sykepleier, og hevder en forutsetning for dette er at begge parter lytter til hverandre og åpne for hverandres meninger. Vi tror dette er en viktig forutsetning for å skape trygghet og tillit til pasienten, Eide og Eide (2010) påpeker også dette, ved å angi at god kommunikasjon kan bidra til å styrke pasientens motivasjon, samt at det kan hjelpe vedkommende til å bruke sine egne ressurser.

Helsedirektoratet (2013) angir at økende alder gir økt risiko for tap av funksjoner og sosialt nettverk. De påpeker at jo eldre man blir, jo mer utsatt er man for ensomhet og sosial isolasjon, og at pasienter har derfor ofte behov for hjelp og veiledning. Helgesen og Smebye (2011) hevder at det er forskjell på å være alene, og å være ensom. Noen pasienter kan føle seg ensomme til tross for at de har et stort sosialt nettverk, mens andre ikke føler seg ensomme selv om de er mye alene. En studie utført av Heiwe, Pagels og Söderquist (2011) viste at det er behov for å kartlegge usikkerhet omkring hvordan pasienten oppfatter sin identitet knyttet til nyresvikt. Dette samsvarer også med våre erfaringer fra praksis, da flere av pasientene uttrykte usikkerhet i forhold til eget sykdomsbilde og hvordan de ble oppfattet i sosiale sammenhenger. Et eksempel på dette var da det var en pasient fortalte at familie og venner behandlet han som syk på grunn av at han var rammet av alvorlig kronisk nyresvikt. De rundt han tilrettela dermed mer, ga han sympatiske blikk og tok mer hensyn enn før han ble alvorlig syk. Dette var noe pasienten ikke satte pris på, da han ikke ville bli behandlet annerledes på grunn av den kroniske sykdommen. Pasienten følte dette som belastende i sosiale situasjoner, da han følte usikkerhet på grunn av familiens særbehandling, og han opplevde dermed tap av identitet. Travelbee (1999) understreker viktigheten av å se mennesket bak sykdommen, noe denne pasienten opplevde at familien ikke gjorde, da de hadde fokus på at han var syk og behandlet han deretter.

Fra tidligere sykehuspraksis opplevde vi pasientenes pårørende som lite aktive og inkludert i pasientenes behandling. På en side kunne det være at pasienten ikke ønsket at pårørende skulle forstå hvor alvorlig kronisk nyresvikt egentlig er og skåne de for dette. På en annen side kan kronisk sykdom hos et familiemedlem være en stor belastning, og tiden pasienten er i dialyse kan derfor føles som pårørendes fritid. Travelbee (1999) angir at de pårørende er betydningsfulle for den syke, og hevder at sykepleie handler også om å ivareta pasientens pårørende. Ut i fra våre erfaringer og observasjoner har vi sett at dette kan være en utfordrende situasjon for pårørende, vi mener allikevel at pårørende bør bli mer inkludert i behandlingen for å få en bedre forståelse. Travelbee (1999) underbygger dette ved å hevde alt som angår de pårørende, angår også den syke og omvendt.

For at sykepleier skal kunne veilede og motivere pasienter til å opprettholde sine sosiale behov, må sykepleier tilegne seg innsikt og vurdere hver enkelt pasient sine individuelle forutsetninger, samt ytre faktorer som påvirker pasientens livssituasjon. Mennesker har behov for å gi og motta omsorg, og oppleve at andre trenger dem. Felles verdier, aktiviteter og interesser gjør at man blir knyttet til andre, dette gir en følelse av at man har en tilhørighet med andre mennesker (Helgesen & Smebye, 2011). Folkehelseinstituttet (2014) underbygger dette ved å angi at menneskets sosiale nettverk har betydning for helsen vår, og sosial støtte regnes som den viktigste helsefremmende faktoren. Som studenter har vi erfart at sykepleieren bør tilegne seg informasjon om pasientens sosiale nettverk ved observasjon og samtale, og samtidig prøve å kartlegge vedkommende sine sterke og svake sider. Dette med tanke på opprettholdelse av pasientens sosiale behov, til tross for alvorlig kronisk nyresvikt. Flere av pasientene beskrev familie som den viktigste støtten i en hverdag preget av kronisk sykdom. Slik som vi tolker Travelbee (1999) er hun opptatt av at den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe hvert enkelt individ og familie til å oppleve mestring i forhold til sykdom og lidelse, samt unngå håpløshet.

Akin, Cinper, Durna, Ozturk & Mendi (2013) har utført en studie som konkluderer med at pasienter som går i hemodialyse trenger fysisk, sosial og emosjonell støtte fra sykepleieren. Studiens funn viser at pasientene hadde høy grad av utmattelse, liten grad av egenomsorg og moderat grad av ensomhet. På bakgrunn av denne studien tror vi det er viktig at helsepersonell motiverer og veileder pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt til å bruke de ressursene han/hun har til å unngå ensomhet og opprettholde egenomsorg. Travelbee (1999) mener at som sykepleier kan man ikke alltid helbrede, men motivere pasienten til å føle mestring slik at de negative konsekvensene av sykdom og behandling reduseres. Som tidligere beskrevet, er motiverende samtale et eksempel på en kommunikasjonsmetode der det foregår en samtale mellom sykepleier og pasient med fokus på å styrke personens egen motivasjon og engasjement i forhold til å endre atferd (Miller & Rollnick, 2013). Denne metoden mener vi kan være nyttig å anvende ved motivasjon og veiledning av pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt, da det er aktiv brukermedvirkning og pasienten selv som skal være i fokus.

For å veilede og motivere pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt, slik at han/hun opprettholder sine sosiale behov bør sykepleier tilpasse sykepleien individuelt. Sykepleier bør legge vekt på pasientens egne ressurser, ønsker og behov, samt ta hensyn til den kroniske sykdommen (Kristoffersen et al., 2011). I praksis observerte vi at balansen mellom aktivitet og hvile kunne være en utfordring for hemodialysepasientene. Pasientene på avdelingen fortalte at et liv med kost- og væskerestriksjoner kunne være vanskelig å forholde seg til, samt at det hadde ført til store endringer i hverdagen, spesielt i deres sosiale liv. Empowerment er et begrep som er mye brukt i sykepleien, og Heggdal (2008) beskriver dette som brukermedvirkning. Det er en prosess som kan bidra til at pasienter er i stand til å øke kontrollen over sin egen helsetilstand, samt forbedre egen helse. Slik vi forstår empowerment handler dette om å styrke pasients selvfølelse, selvkontroll, kunnskaper og ferdigheter, og vi mener derfor det er viktig at sykepleieren bidrar til å styrke pasientens empowerment.

Heggdal (2008) hevder at kronisk syke mennesker må rette fokus bort fra begrensningene man har, og behandling og rehabilitering blir derfor viktig for å rette fokus bort fra sykdom og lidelse, samt opprettholde livskvalitet. Rustøen (2007) angir at kronisk syke mennesker kan oppleve tap over kroppsfunksjoner, tap av selvfølelse, roller, relasjoner og uavhengighet. På grunn av disse tapene hos den alvorlige syke, og den uberegnelige fremtiden, vil kronisk sykdom kunne føre til håpløshet. Håp knyttes til mestring av kronisk sykdom, og dette igjen er knyttet til fremtiden. Travelbee (1999) hevder at håp kan gi styrke til å takle mangler, tap, ensomhet og lidelse, og ved sykdom og trusler om død kan håpet være avgjørende for at pasienten ikke gir opp. Travelbee (1999) angir at sykepleieren har en viktig rolle for å fremme håp hos det syke mennesket. På bakgrunn av dette mener vi det er sykepleieanliggende å veilede og motivere pasienter til å fremme håp og utnytte sine egne ressurser, samt opprettholde sine sosiale behov. På denne måten kan pasienter oppleve hverdagen som meningsfylt og positiv, til tross for den alvorlig kroniske nyresvikten.

5.0 Konklusjon

Vi har i denne bacheloroppgaven arbeidet med temaet alvorlig kronisk nyresvikt og motiverende samtale, samt håp og mestring. Vi har vært igjennom og drøftet flere ulike temaer for å besvare vår problemstilling. Gjennom denne oppgaven har vi konsentrert oss om en pasientgruppe, men vi har erfart at kunnskapene vi har tilegnet oss også er relevant for andre pasientgrupper. Nyresvikt er et økende folkehelseproblem, og i fremtiden vil sykepleieren møte pasienter med nyresvikt uansett hvor han/hun jobber. Vi mener derfor det er viktig at sykepleier har forståelse og kunnskaper om hvordan det er å leve med kronisk sykdom.

Denne oppgaven har gitt oss bredere kunnskap om hvordan sykepleieren kan møte pasienter, og viktigheten av å møte hverandre som unike individer. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi sett at det er viktig at sykepleieren bevarer håp hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt, og vi har lært at håp kan bidra til at pasienter kan mestre vonde og vanskelige situasjoner, samt sykdom og lidelse. For å bevare håp hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt har vi kommet frem til at det er viktig at sykepleieren ser mennesket bak den alvorlige sykdommen, samt ivaretar pasienten sin verdighet og integritet. Dette vil kunne bidra til å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier, basert på respekt og tillit.

Slik vi ser det er brukermedvirkning og autonomi en viktig del i utøvelsen av sykepleie, og vi har derfor valgt å benytte motiverende samtale som en kommunikasjonsmetode til pasienter med behov for endring. Vi mener at motiverende samtale bevisstgjør pasientens rett til medbestemmelse, og igjen bidrar til å styrke pasientens mestring og troen på seg selv, da pasienten selv bidrar til forandring i eget liv. Gjennom motiverende samtale blir pasienten motivert til å gjennomføre den atferdsendringen som trengs for at vedkommende kan få en bedre hverdag, og kunne leve best mulig med alvorlig kronisk nyresvikt. Ut i fra vår drøfting konkluderer vi med at motiverende samtale en god tilnæringsmåte til å veilede og motivere dialysepasienten til å utnytte sine ressurser.

Fra å være frisk og ha en hverdag man styrer selv, for så å bli totalt avhengig av tidskrevende dialysebehandling, kan være en psykisk belastning for pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt. For pasienter som er rammet av alvorlig kronisk sykdom kan det også være utfordrende å opprettholde sosiale behov, vi mener derfor det er viktig at sykepleieren bidrar til motivasjon og veiledning slik at pasienten kan opprettholde disse behovene. På bakgrunn av vår oppgave mener vi det er sykepleieanliggende å bidra til at pasienter med alvorlig

kronisk nyresvikt motiveres til å utnytte sine ressurser, samt bevare håp i en hverdag preget av sykdom og lidelse. Gjennom motiverende samtale kan sykepleier motivere og veilede pasienter til å bruke dagene de ikke er i dialyse til noe som er meningsfullt og har betydning for deres liv, og på denne måten kan dette bidra til at pasientene kan leve best mulig med alvorlig kronisk nyresvikt.

6.0 Litteratur

* Akin, S., Mendi, B., Ozturk, B., Cinper, C. & Durna, Z. (2013). Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients. Lokalisert 15.01.15 på <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/jocn.12248/pdf>

* Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju – samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ø. V. (2012). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christoffersen, L., Tufte, P. A & Johannessen, A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

* Den Norske Legeforening. (2014). *Kronisk nyresykdom i Norge* [Figur 1]. Lokalisert på <http://www.indremedisinen.no/2014/04/lipidsenkende-behandling-hos-personer-med-nedsatt-nyrefunksjon/>

Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Elung-Jensen, T. (2011). Peritonealdialyse. I I. Eidemak, T. Elung-Jensen & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3. utg., 34 – 60). København: Fadl's forlag.

* Folkehelseinstituttet. (2014). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Lokalisert 06.02.15 på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6342&List_6212=6218:0:25,6361:1:0:0::0:0

Gansmo-Bach, E., Mjell, J. & Ørn, S. (Red.). (2012). *Sykdom og behandling*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gulbrandsen, T. (2011). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I D. G. Stubberud, H. Almås & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 85 – 101). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gøransson, L. & Larsen, M. S. (2012). Sykdommer i nyrene og urinveiene. I Gansmo-Bach, E., Mjell, J. & Ørn, S. (Red.). *Sykdom og behandling*. (1. utg., s. 289 – 311). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Hartmann, A., Jenssen, T. & Julsrud, J. (2008). *Nyremedisin – en praktisk veileder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Helgesen, A. K. & Smebye, K. L. (2011). Kontakt med andre. I E. A. Skaug, F. Nordtvedt & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (2. utg., s. 41 – 70). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011 – 2015)*. Lokalisert 14.01.15 på http://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf

* Helsedirektoratet. (2011). *Brukermedvirkning*. Lokalisert 03.02.15 på <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>

* Helsedirektoratet. (2013). *Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre*. Lokalisert 12.02.15 på <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/IS-2099%20Eldreveileder.pdf>

* Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskap: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

* Heiwe, S., Pagels, A. & Söderquist, B. K. (2011). Evaluating the illness perception questionnaire on patients with chronic kidney disease in Sweden. Lokalisert 14.01.15 på <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00952.x/pdf>

* Holdaas, H. (2014). *Lipidesenkende behandling hos personer med nedsatt nyrefunksjon* [Tabell]. Lokalisert på <http://www.indremedisinen.no/2014/04/lipidsenkende-behandling-hos-personer-med-nedsatt-nyrefunksjon/>

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 139-148). Oslo: Akribe AS.

Holter, I. M. & Mekki, T. E. (2011). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 27-38). Oslo: Akribe AS.

* Kalender, N. & Tosun, N. (2013). Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency. Lokalisert 15.01.15 på <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/jocn.12208/pdf>

* Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie* (Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I E. A. Skaug, F. Nordtvedt & J. N. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (2. utg., s. 338 – 382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Lakdizaji, S., Mostofi, M. Parvan, K. & Roshangar, F. (2013). Quality of Sleep and its Relationship to Quality of Life in Hemodialysis Patients. Lokalisert 14.01.15 på <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1508688313?accountid=42560>

* Lorentsen, V. B. (2009). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?. Lokalisert 14.01.15 på <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-kan-sykepleieren-styrke-pasientens-hap>

* Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. § 21. (2014).

* Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-2001-06-20-41. § 3.1. (2014).

* Makaroff, K. L. (2012). Experiences of Kidney Failure: A Qualitative Meta-Synthesis.

Lokalisert 14.01.15 på

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c81b85a2-7d6c-4eeb-9dd2-6a7da4abac8f%40sessionmgr114&vid=1&hid=115>

* Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal – att hjälpa människor till förändring* (3. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

* Norges Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert 29.01.15 på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Reitan, A. M. (2008). Mestring. I B. K. Nielsen & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2, Teoretisk – metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (2. utg., s. 155 – 179). Oslo: Akribe AS.

* Russell, C.L., Cronk, N.J., Herron, M., Knowles, N., Matteson, M.L., Peace, L. & Ponferrada, L. (2011). Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS).

Lokalisert 09.02.15 på

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail/detail?sid=cd40f1fa-f2cb-47a8-b8aa-f36fa8e953a6%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011172624>

* Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (2. utg., s. 93 – 102). Oslo: Cappelen Akademisk.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vedlegg 1

Tabell 1

Søk i PubMed, 14.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Hemodialysis patients Nursing		1867
S2 + S1	Quality of life		332
S3 + S2	Quality of sleep		32

Artikkel: Quality of Sleep and it`s Relationship of Life in Hemodialysis Patients.

Forfatter: Lakdizaji, S. m.fl. (2013).

Artikkelen ble valgt som nummer en i S3.

Tabell 2

Søk i Wiley Online Library, 14.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Chronic kidney disease Nursing	2011-2012	2513
S2	Hemodialysis patients + S1	2011 - 2012	534
S3	Health behaviour + S1 + S2	2011-2012	170
S4	Illness perception + S1 + S2 + S3		93

Artikkel 2: Evaluating the illness perception questionnaire on patients with chronic kidney disease in Sweden.

Forfatter: Heiwe, Pagels & Söderquist (2011).

Artikkelen ble valgt som nummer 13 i S4.

Tabell 3

Søk i database PubMed, dato 14.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Kidney failure Nursing		2859
S2	Experiences + S1		76
S3	Autonomy + S1 + S2		4

Artikkel 3: Experiences of Kidney Failure: A Qualitative Meta-Synthesis

Forfatter: Makaroff (2012).

Artikkelen ble valgt som nummer en i S3.

Tabell 4

Søk i Wiley Online Library 15.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Hemodialysis patients Nursing	2012-2015	1346
S2	Renal failure + S1	2012-2015	982
S3	Loneliness + S1 + S2	2012-2015	22

Artikkel 4: Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients.

Forfatter: Akin, Cinper, Durna, Ozturk & Mendi (2013).

Artikkelen ble valgt som nummer fem i S3.

Tabell 5

Søk i Wiley Online Library 15.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Hemodialysis patients Nursing	2013-2015	638
S2	Renal kidney failure + S1	2013-2015	388
S3	Quality of life + S1 + S2	2013-2015	275
S4	Self-care + S1 + S2 + S3	2013-2015	69
S5	Self-determination + S1 + S2 + S3 + S4	2013-2015	10

Artikkel 5: Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency.

Forfatter: Kalender & Tosun (2013).

Artikkelen ble valgt som nummer syv i S5.

Tabell 6

Søk i PubMed 09.02.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Motivational interviewing Nursing		268
S2	Hemodialysis + S1		2

Artikkel 6: Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS).

Forfatter: Russell, C.L., Cronk, N.J., Herron, M., Knowles, N., Matteson, M.L., Peace, L. & Ponferrada, L. (2011).

Artikkelen ble valgt som nummer to i S2.

Tabell 7

Søk i Sykepleien.no, 14.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Håp Sykepleie		21
S2	S1	Forskningsartikkel	9

Artikkel 7: Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?

Forfatter: Lorentsen (2009).

Artikkelen ble valgt som nummer en i S2.

Vedlegg 2

PICO-skjema

P Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker	Adults*, Hemodialysis patients*, Kidney failure chronic*, Chronic kidney disease*, Chronic kidney failure*
I Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?	Nursing, Dialysis, Renal dialysis, Motivational interviewing, Quality of life, Self-manage, Patient empowerment
C Skal det tiltaket vi satte opp under «I» sammenlignes med et annet tiltak?	
O Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?	Motivation, Self-control, Empowerment, Motivational interview (MI)